

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

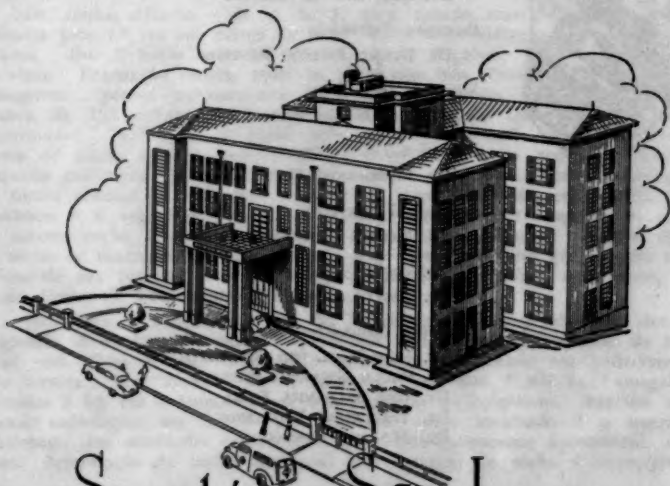
VOL. XVII

JUNHO DE 1956

N.º 12

Sumário:

	Pág.
<i>O diagnóstico radiológico de lesões gástricas —</i> Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO	179
<i>Pneumonólise extraperiostal com acrílico (lucite)</i> — Drs. JOÃO LUIZ BETEGA, ALCEU SANTOS DE ALMEIDA, FRANCISCO BOSCARDIM NETTO, PAULO E. GUARINELLO e AMADEU BEDUSCHI	185
<i>Sanatório São Lucas — Reuniões do corpo mé-</i> <i>dico</i>	188
<i>Índice geral do Volume XVII</i>	190



Sanatório São Lucas

Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do
DR. ADHEMAR NOBRE

pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas
Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1956/1957



Presidente

DR. JACYR QUADROS

Vice-Presidente

DR. LUIS BRANCO RIBEIRO

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. PAULO REBOCHO

Primeiro Tesoureiro

DR. FERDINANDO COSTA

Segundo Tesoureiro

DR. NELSON CAMPANILE

Bibliotecario

DR. CARLOS ALBERTO JURGIELEWIEZ

Conselho Consultivo

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. PAULO GIOVANNI BRESSAN

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. MOACYR BOSCARDIN

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XVII

JUNHO DE 1956

N.º 12

O diagnóstico radiológico de lesões gástricas (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Tínhamos escolhido para discutir na reunião de hoje 2 casos de cirurgia gástrica, interessantes do ponto de vista radiológico.

O 1.º caso foi ontem operado e pedimos ao dr. Carlos Alberto que faça um resumo da observação clínica, acentuando principalmente os dados radiológicos com que o doente nos chegou às mãos.

Dr. Carlos Alberto — M. A. S., 37 anos, casado, masc., feirante. Veio à consulta pela 1.ª vez em março de 1952. Sofre do estômago a mais ou menos 8 anos. Dor 2 horas antes do almoço: come e passa. Não vomita. Azia às vezes. Evacuação escura, mole às vezes mas não diarréica. Bom apetite. Emagreceu: pesava normalmente 56-58 kg. e quando veio à consulta só pesava 50, 750. Exame RX em 22-9-51, diagnóstico feito pelo dr. Mário Finochiaro: "Estômago de capacidade regular, mostrando imagem típica de nicho de úlcera crônica, interessando o terço inferior da porção vertical da pequena curvatura; bulbo duodenal, normal. Conclusão: Sinais radiológicos de úlcera crônica do estômago". Voltou a tirar radiografia em 13-3-52, cujo resultado é o seguinte: "Estômago de capacidade regular, mostrando perda da sistematização do relêvo da mucosa, e peristaltismo normal: imagem típica de nicho de úlcera crônica, interessando a pequena curvatura gástrica, no terço médio de sua porção vertical. Bulbo duodenal ligeiramente deformado, sem sinais diretos de lesão orgânica".

Só voltou à consulta em 27 de fevereiro deste ano, acusando dor no epigástrico, à direita, ultimamente quase sem horário. Acorda depois da meia noite com dóres e come maçã, que acalma imediatamente seu padecimento. Não vomita. Bom apetite. Come de tudo. Está com 47,800 kg.; emagreceu portanto 3 kg. em 4 anos. Acusa ++ à esquerda do epigástrico. Fez um novo exame radiológico em 3-2-56 (dr. Lucarelli) cujo resultado é o seguinte: "Estômago sem alterações organo-funcionais radiologicamente apreciáveis; duodeno: deformação do bulbo duodenal com imagem de nicho e convergência

(*) Discussão de 2 casos cirúrgicos em reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 1 de março de 1956.

das pregas da mucosa. Úlcera duodenal crônica". Foi esta a condição em que o doente veio ao hospital, razão porque foi decidido internação e intervenção. Diagnóstico principal — Úlcera gástrica: possível úlcera duodenal.

Acusa a ficha operatória: "Incisão transversa sem sectionar os músculos. Abertura do peritônio pelo lado D. do ligamento redondo. Infiltração extensa na pequena curvatura, com aderências da cabeça do pâncreas. Libertação da grande curvatura, libertação fácil do duodeno e de parte da pequena curvatura: ligadura do antro, esmagamento do duodeno, ligadura a esse nível seguida de 2.^a ligadura transfixante com o mesmo fio. Feitura da bolsa, utilizando somente tecido duodenal. Pean acima da ligadura, proteção do coto gástrico, iodo no coto duodenal que foi invaginado em boas condições e recoberto com epiploon. Prosseguiu-se no isolamento da pequena curvatura até acima da lesão ulcrosa. Foram desfeitas aderências do mesocolo transverso à zona ulcerada. Havia gânglios hipertrofiados na pequena curvatura. Ao descolar-se a parede posterior do estômago formara-se uma brecha no méso colo transverso que foi aproveitada para a passagem da alça ao fazer-se a nova bôca. Fixação da parede posterior do estômago à brecha, através da qual se pode ver o ângulo duodeno-jejunal. Exteriorização da alça. Abbadie no jejuno, a 5 cms. do ângulo duodeno-jejunal. Gastrojejunostomia termino-lateral, transmesocólica, com alça curta presa à pequena curvatura, em 3 planos de sutura com catgut cromado n.º 0, montado em agulha atraumática. Sutura da borda do mesocolo à parede anterior do estômago, fechamento do peritônio à Sonnleithner, sutura das bainhas dos retos, agrafes na pele. Peça cirúrgica: Peça com fragmento do grande epiploon, pequena curvatura retraída medindo 13 cms.; A secção do estômago foi feita a 2, 1/2 cms. da úlcera, que apresentava 2 1/2 cms. de diâmetro, e era crateriforme. Fragmento da úlcera para exame. Gânglio da pequena curvatura para exame.

COMENTÁRIOS

Dr. Eurico Branco Ribeiro — É interessante notar, sobre o ponto de vista clínico, que não havia dúvida da existência de úlcera gástrica, porquanto a sintomatologia era indicativa dessa localização, pois o doente tinha dor à esquerda do epigástrio, o que é muito comum nas úlceras altas, principalmente naquelas que são um pouco grandes ou aderentes aos órgãos posteriores como o pâncreas. Nesses casos freqüentemente nós encontramos uma dor que se manifesta à esquerda. E foi esse um dos elementos que nos fez, mesmo diante duma radiografia feita por um radiologista que não é um novato em exames do estômago, acentuar na ficha que nós devíamos ter uma úlcera da pequena curvatura por trás da imagem gástrica, pensando já numa úlcera da parede posterior. Entretanto a úlcera não estava na parede posterior: era uma úlcera de pequena curvatura, com uma cratera que media 2, 1/2 cms. de diâmetro, portanto uma úlcera volumosa. Como é que pode passar despercebida ao radiologista uma úlcera desse tamanho? Era esse o principal motivo porque nós trouxemos aqui o caso à discussão e gostaríamos de ouvir sobre ele a palavra do nosso radiologista. Eu acredito que, como rotina, os radiologistas se preocupam mais com o duodeno e se descuidam dos exames gástricos, limitando-se a encher o estômago e verificar a passagem do contraste para o bulbo duodenal; então, se há qualquer deformidade do bulbo, assinalam

aquêle ponto e dispensam um exame mais detalhado do estômago. Sabemos que com o estômago cheio as úlceras da parede posterior, e muitas vêzes mesmo aquelas de pequena curvatura, não se mostram, a não ser quando elas são bastante perfurantes. Muitos radiologistas costumam fazer radioscopia em posição lateral, ou posição oblíqua, de maneira a poder visualizar melhor as paredes anterior e posterior do estômago e nessas condições êles devem encontrar uma úlcera como esta, cujo grande nicho fazia saliência nas primeiras chapas. Mas outros recursos devem ser usados e entre aquêles que podem ser lembrados está o exame com doses fraccionadas do contraste, porque com pequenas doses é possível, inicialmente, verificar-se a parada do contraste em um nicho. Outro recurso é o da posição de Trendelenburg com o estômago meio vazio. Em resumo, deve-se fazer um exame cuidadoso do estômago em todos os casos em que há suspeita duma úlcera gástrica. Ao fazer o pedido ao radiologista, em geral assinalamos quando é caso suspeito de úlcera gástrica. E acentuamos: "Úlcera gástrica?" para que êle então faça um exame mais detalhado com relação ao corpo gástrico; quando a suspeita clínica é de úlcera duodenal, então a pomos com interrogação "úlcera duodenal?".

Dr. Paulo Bressan — O que admira neste relatório é o radiologista não ter assinalado a úlcera, vendo aquela saliência; ela está lá, é evidente. Mas já que estamos falando de úlcera de 2 cms. 1/2 de diâmetro que passou despercebida, tenho um caso, o de J. F., em que a úlcera tinha mais de 10 cms. de diâmetro e passou por 3 radiologistas sem que ninguém a visse.

Dr. Eurico Branco Ribeiro — Tivemos, também, um caso de câncer do antro que passou por 2 radiologista durante 3 ou 4 meses, sofrendo horivelmente, e nenhum dêles encontrou lesão nenhuma. Um 3.º radiologista fêz o diagnóstico. Quando o paciente veio para a cirurgia, quando se chegou a descobrir a causa do seu sofrimento, já o tumor estava muito extenso e foi feita uma gastrectomia total inoperante.

Temos agora o 2.º caso, também sôbre o ponto de vista radiológico muito interessante; não só sôbre o ponto de vista radiológico mas sob o ponto de vista clínico e cirúrgico. Vamos ver se a história clínica resumida dêsse nosso cliente, que foi recentemente operado em nosso hospital, pode-nos trazer algum esclarecimento.

J. Z., 55 anos, comerciário, veio à consulta em 21-2-56. Mais ou menos a um ano tem dores no epigástrio, após o almoço e jantar, a princípio passageiras, depois vieram-se agravando, mais demoradas. Fêz RX (Ferreira e Campos), diagnosticando-se câncer do antro pilórico. Foi operado no Hospital Santa Cruz, onde nada se encontrou e apenas se fêz gastrotomia e exame histológico. Mais ou menos um mês depois voltaram os mesmos sintomas, mais vômitos espessos até de 15 dias, principalmente com ingestão de verduras. Emagreceu cerca de 14 kilos após a operação. De 102 passou logo a 96 kilos e atualmente está com 87,800 Kg. Últimamente vomita mais e a 5 dias vomitou sangue sem esforço.

Ficha operatória — operação realizada: Gastrectomia subtonal — Incisão mediana supraumbilical. Retirada de um lipoma do epigástrico. Aderências de epiplon à cicatriz da incisão anterior que foram desfeitas facilmente. Palpa-se um antro hipertrofiado numa extensão de 5 cm.; descolamento colo-epiploico para ressecção do epiplon, pois apresentava epiploite decorrente da intervenção anterior. Foi assim libertada a grande curvatura; libertação relativamente trabalhosa do duodeno por causa de adiposidades existentes nos mesos, ligadura do antro, ligadura por transfixão de um vaso do epiplon hepato-duodenal. Pinçamento do bulbo fazendo-se ligadura à esse nível com catgut n.º 2, seguida de 2.ª ligadura transfixante com o mesmo fio. Preparo da bolsa à custa somente de tecido duodenal. Colocação de Pean junto à ligadura, secção do duodeno, proteção do coto gástrico, iodo no coto duodenal que foi invaginado em boas condições e recoberto com epiplon. Libertação da pequena curvatura, pesquisa fácil do jejuno, colocação de Abbadie a 20 cms. do ângulo. Gastrojejunostomia término-lateral, boca total, antecólica com alça mais ou menos longa, presa à pequena curvatura em 3 planos de sutura. Fechamento da parede com categut; sêda e agrafes na pele.

Peça cirúrgica: medindo 14 x 38 cms. Aberto o estômago verificou-se na parede posterior, junto à pequena curvatura, uma cicatriz possivelmente da gastrotomia feita na operação anterior: Não há hipertrofia da musculatura, mas entre os músculos e a mucosa há ao nível do antro numa extensão de 4 cms. um tecido fibroso e edematoso que promovia a estenose do antro. A mucosa se apresentava muito rugosa a esse nível.

Exame histológico: carcinoma gelatinoso.

Dr. Eurico Branco Ribeiro — Como vêm, este caso foi um caso catalogado inicialmente com o diagnóstico de câncer do estômago; esse diagnóstico foi confirmado por um segundo radiologista e o paciente foi operado por um cirurgião de classe e esse cirurgião, não tendo encontrado nada, fez apenas uma gastrotomia e biópsia negativa. Diante do diagnóstico o doente corra conhecidos cirurgiões aqui de São Paulo que trabalham em cirurgia gástrica: dr. Montenegro, dr. Bastos, dr. Piragibe e parece que também alguns outros e todos afirmavam que se tratava de um caso de câncer diante das radiografias. A família achou que devia ser operado num serviço especializado. Procurou um "cirurgião de câncer" para operá-lo e foi então tratar-se no Hospital Santa Cruz. Abrindo a cavidade, o cirurgião não encontrou exteriormente nenhuma lesão que justificasse esse diagnóstico: fez então uma gastrotomia, retirou um fragmento da parede, mandou examiná-lo na hora e, como o corte de congelação não deu lesão cancerosa, fechou o estômago e fechou o abdômem. O exame posteriormente feito com o mesmo fragmento de biópsia, dias depois, pelos métodos normais, também não acusou lesão cancerosa. Diante desse fato, o doente foi para casa; isto em outubro do ano pasado; como continuasse com os mesmos sofrimentos, novas radiografias foram feitas e insistiram os radiologistas dr. Ferreira e dr. Cabelo Campos em diagnosticar lesão neoplásica. Como o sofrimento continuasse, agora com dificuldades de trânsito alimentar, ele nos procurou e, então, diante do resultado histológico da biópsia feita no Santa Cruz, aventamos a hipótese de se tratar de uma hipertrofia em anel da musculatura do antro gástrico e dissemos isso à família. Abrindo agora o doente, verificamos que

realmente havia uma tumoração ao nível do antro, uma infiltração de parede que nos deu a impressão, durante o ato cirúrgico, de que realmente se tratava de uma hipertrofia em anel. Aberta a peça, encontramos uma lesão cancerosa assendada mais na parede posterior, tôda circundada por uma mucosa rugosa, hipertrofiada, dando a impressão macroscópica de que se tratava de uma hipertrofia em anel da musculatura do antro com uma gastrite tipo hiperplástico. Era essa a impressão macroscópica. Mas o dr. Ferdinando Costa vai-nos dizer qual foi o achado histológico.

Dr. Ferdinando Costa — Este caso é muito interessante: 1.º referente à patologia, macroscopicamente tudo indicava que era uma hipertrofia da musculatura do piloro, porque ao exame da peça notávamos um espessamento muito grande da musculatura, uma submucosa frouxa e depois a mucosa sem um aspecto normal, tanto assim que chegamos à conclusão de que era mesmo uma hipertrofia em anel da musculatura; no entanto, para espanto geral, ficaram prontas as lâminas e verificamos que o caso é de um carcinoma tipo gelatinoso atingindo só a mucosa e a submucosa, a musculatura não tendo comprometimento tumoral, de modo que o aspecto macroscópico iludiu bastante. O caso dá margem a discussões. Será que a imagem radiológica foi dada pelo tumor da mucosa ou simplesmente pela hipertrofia da musculatura? Esse tumor, se êle não estivesse suportado por hipertrofia da musculatura, eu creio que não teria dado manifestação radiológica. E vale a pena olhar a lâmina para ver a desproporção do tamanho da lesão da mucosa para a lesão da musculatura. Quanto ao 1.º exame, há vários pontos a discutir: 1.º precisamos ver se a biópsia foi feita no lugar adequado; 2.º Se o exame de congelação está correto; 3.º se foi feito à parafina o exame posterior. O mais provável é que a biópsia não tenha atingido a lesão.

Dr. Eurico Branco Ribeiro — A diferença existente entre a imagem radiológica duma hipertrofia de musculatura e a do câncer geralmente conduz a um diagnóstico exato. Trouxemos algumas radiografias de doentes anteriormente examinados com hipertrofia para que se veja como é realmente diferente do cancer: a imagem que se considera como dependente de alterações mucosas ou de alterações cancerosas é diferente do aspecto radiológico da hipertrofia pura da musculatura, pois ao nível da hipertrofia simples da musculatura em geral não há mucosa alterada podendo haver concomitância de lesão ulcerosa nas proximidades ou mesmo à distância, como vamos mostrar daqui a pouco. Neste caso, por exemplo (mostra uma chapa), estamos vendo o afilamento da última porção do antro pilórico e isso é mais ou menos permanente nas radiografias, não se vendo nenhuma deformidade por lesão mucosa. Este outro caso mostra-nos ligeiras alterações na mucosa, mas notamos que há principalmente uma rigidez do antro pilórico em tôdas as radiografias, modificando o calibre do antro nas proximidades

do esfíncter pilórico. Isso pode levar o radiologista a fazer o diagnóstico. A lesão concomitante pode existir: uma lesão ulcerosa neste caso bem visível e uma hipertrofia da musculatura do antro. Essa hipertrofia é por nós interpretada como consequência de uma hipermotilidade produzida por um agente qualquer, que pode ser ulceroso ou pode ser de outra natureza. Histologicamente, encontramos não só um aumento da camada muscular que neste caso é de 8 vezes a espessura normal, mas podemos encontrar também uma hipertrofia dos plexos nervosos muito acentuada, como atestam exames feitos aqui a nosso pedido não só pelo prof. Lordy como pelo dr. Juvenal Mayer, quando era nosso anátomo-patologista.

Em 1.º lugar apresentamos hoje a história de um doente em que o diagnóstico radiológico não tinha sido certo; e num 2.º caso, os radiologistas é que tinham razão, contra o ponto de vista cirúrgico e mesmo clínico. Assim é que, se mostramos os erros da radiologia, pudemos também mostrar que os radiologistas estavam com razão em um outro caso igualmente instrutivo.

Pneumonólise extraperiostal com acrílico (lucite) *

Experiência com 49 casos

JOÃO LUIZ BETTEGA

(Diretor e Cirurgião chefe do S. M. C. do Portão e Sanatório São José
— Assistente da Cátedra de Fisiologia da Faculdade de Medicina da
Universidade do Paraná).

ALCEU SANTOS DE ALMEIDA

(Chefe de Clínica do Sanatório Médico Cirúrgico do Portão — Assistente
da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná).

FRANCISCO BOSCARDIM NETTO

(Do Serviço de Cirurgia do Sanatório Médico Cirúrgico do Portão).

PAULO E. GUARINELLO

(Fisiologista do Sanatório Médico Cirúrgico do Portão).

AMADEU BEDUSCHI

(Chefe de Serviço de Anestesia do Sanatório Médico Cirúrgico do Portão)

O tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar, que era baseado exclusivamente no colapso, sofreu profundas modificações de alguns anos para cá.

O pneumotorax extrapleural e os vários tipos de toracoplastia, com ação efetiva nos portadores de lesões cavitárias do andar superior, estão sendo menos usados, em nosso hospital em favor da pneumonólise extraperiostal.

A sequência regimen higieno-dietético mais colapso, em voga antigamente, passou a ser, em nossos dias, substituída pela fórmula tuberculostáticos mais ressecção. Alguns autores, no entretanto, limitam a terapêutica excisional aos casos de insucesso do colapso e às indicações preferenciais; na dúvida entre o colapso e as ressecções, ainda preferem o colapso cirúrgico clássico.

A questão terapêutica, a nosso ver, deve ser colocada nos seguintes termos: o indivíduo portador de tuberculose pulmonar que foi submetido a medicação específica e que não está curado, deve ser encarado como um caso cirúrgico em potencial; se for unilateral, qualquer que seja a localização do processo cavitário, lobo superior, médio ou inferior, as nossas preferências são para a

(*) Trabalho do Sanatório Médico Cirúrgico do Portão, órgão da Divisão de Profilaxia da Tuberculose (Diretor — Dr. Sílvio B. Linhares). Apresentado na Sociedade Médica São Lucas em 10 de Julho de 1956.

ressecção; quando porém, são casos bilaterais, (e a maioria dos doentes de nossos nosocômios o são) e a ressecção pulmonar não puder ser executada dada a extensão do processo ou por causas outras, unicamente a colapsoterapia é capaz de recuperar estes doentes e eventualmente criar condições para uma futura ressecção. Temos obtido bons resultados com a pneumonólise extraperiosteal toracoplastias (deformidade e redução da capacidade funcional pulmonar) e permite um colapso permanente satisfatório que é mantido com as esferas ocas de acrílico (lucite). Essas vantagens, que já tivemos oportunidade de realçar em trabalho anterior (1), continuam sendo, em nossa opinião, o motivo de proseguirmos com este método que nos tem fornecido o que dele podíamos esperar.

Casuística. — Com referência as formas anátomo-clínicas dos 49 pacientes, em 39,9% a tuberculose era muito avançada (N. T. A.) e em 6,1% moderadamente avançada; quanto a extensão do processo 55,1% de unilaterais e 44,9% de bilaterais: (81,6%) e mau em 9 (18,4%): (quadro n.º 3).

Na distribuição dos pacientes por grupos de idade, observamos que o número de operações foi maior nos entre 20 e 30 anos (quadro n.º 4); — e gradativamente menor até aos 50 anos. Todos os casos foram beneficiados pelos tuberculostáticos antes do tratamento cirúrgico e em 9 pacientes, (quadro n.º 5) além dessa terapêutica foram feitos, como tratamento anterior; em 3, a drenagem cavi-tária homolateral e noutro caso pneumotorax extrapleural; em 3; o lado controlateral foi submetido ao extrapleural; 1 sofreu a operação de Jacobaeus e 1, lobectomia inferior. — Como tratamentos posteriores à pneumonólise, além dos tuberculostáticos, em dois casos foram realizadas ressecções parciais e 3 outros sofreram rein-tervenção por supuração da câmara (quadro n.º 6).

Indicações. — Dividimos as indicações em boas e más, e o critério adotado foi de acôrdo com o tipo de lesão e a extensão do processo. São consideradas como boas indicações (28,6%) as lesões do lobo superior, com cavidade recente, acima de 6º arco costal posterior, nos quais poderíamos optar entre colapso e ressecção e que a insuficiente capacidade vital, bilateralidade, etc., contra-indicaram a ressecção. As más indicações, em 35 casos (71,4%) constituídas por lobites retrateis do lobo superior, cavidades com mais de 4 cms. de diametro, etc., e que embora aproveitando da ação dos tuberculostáticos não obtiveram a cura, podendo obter bons resultados com a colapsoterapia (quadro n.º 7).

Complicações. — As complicações que podem ser imputadas ao método foram mínimas; 3 casos de supuração (em 2 presenças de gaze) e que evoluíram bem em 2 casos após a retirada do corpo estranho; o último caso, faleceu por ocasião da intervenção por amiloidose; aliás, frisamos em trabalho anterior que, embora não tivéssemos observado complicações causadas pelo material de plum-

bagem, eramos contrários à permanência definitiva do corpo estranho e sempre que possível realizávamos uma toracoplastia de cobertura com a retirada do material acrílico. Observamos em 7 doentes a presença de derrames sero hemáticos grandes que necessitaram punção no pos-operatório.

Mortalidade. — A mortalidade total nos 49 doentes ocorreu em 4 casos; em dois após a intervenção cirúrgica para a retirada do corpo estranho (1 por amiloidose e 1 por hepatite); os dois casos restantes, óbitos tardios em consequência de complicações na vigência pos-operatória do lado controlateral.

Resultados. — Dos 49 pacientes com tuberculose pulmonar moderadamente (61,%) e muito avançada (93,9%), estão vivos e com os exames negativos e sem evidência radiológica de lesão pulmonar em atividade, 35 doentes (71,4%).

Estão ainda positivos 10 pacientes (20,4%) e faleceram 4 (8,2%) — Quadro n.º 8.

Os resultados de acordo com o tipo de indicação (quadro n.º 9) evidenciam que nas boas indicações, o rendimento do método é apreciável: — Dos 14 pacientes, 13 estão curados (92,9%); nas más indicações (35 casos) estão negativos 22 (62,8%); faleceram 3, (8,6%) e estão positivos 10 (28,6%).

CONCLUSÕES

Baseados em nossa experiência efetuada em 49 pacientes em tratamento da tuberculose pulmonar com a pneumonólise extraperiostal com lucite, podemos concluir: —

1.º — Os casos de tuberculose pulmonar, objeto deste estudo, segundo a classificação da N.T.A. se constituíam em: Formas moderadamente avançadas 6,1% e muito avançada 93,9%.

2.º — Em todos os casos, o tratamento específico com os tuberculostáticos foi instituído e tornou exequível o tratamento cirúrgico pelo colapso, única terapêutica possível.

3.º — O rendimento da pneumonólise extraperiostal com lucite foi semelhante ao obtido com a toracoplastia sem os seus inconvenientes (deformidades e diminuição da capacidade vital).

4.º — Os resultados, com o tempo de observação de 1 a 5 anos, foram: curados 71,4% — positivos 20,4% e óbitos 8,2%.

5.º — As complicações devidas ao método foram em pequeno número e sem maior gravidade.

6.º — Quanto as indicações foram consideradas boas para colapso os resultados foram excelentes 93,9% e quando más 62,8%.

BIBLIOGRAFIA

BETTEGA (João Luiz): *Toracoplastias-Pneumonólise e Acrílico*. "Clínica Tisiológica", 1952, Vol. 7 n.º 27.

Sanatório São Lucas

Reuniões do Corpo Médico

Em 9 de fevereiro de 1956 :

Análises clínicas — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Instalações de um Serviço de Clínica Médica — Dr. Paulo Rebocho.

Em 23 de fevereiro de 1956 :

Obstrução intestinal — Dr. Euclides Tiossi.

Comentários dos Drs. : { Roberto Deluca
Moacyr Boscardin
Paulo Bressan
José Saldanha Faria
Eurico Branco Ribeiro

Em 1 de março de 1956 :

Diagnóstico radiológico de lesões gástricas — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Comentarios dos Drs. : { Euclides Tiossi
Paulo Bressan
Ferdinando Costa
Carlos Alberto

Em 8 de março de 1956 :

Tireoidectomia — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Embriologia do Coração — Prof. Carmo Lordy.

Em 15 de março de 1956 :

Gastrectomia — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Embriologia do coração — Prof. Carmo Lordy.

Em 22 de março de 1956 :

Desenvolvimento do coração — Prof. Carmo Lordy.

Em 27 de março de 1956 :

Desenvolvimento do coração — Prof. Carmo Lordy.

Em 26 de abril de 1956 :

Desenvolvimento embriológico do tubo digestivo — Prof.
Carmo Lordy.

Em 3 de maio de 1956 :

Desenvolvimento do fígado — Prof. Carmo Lordy.

Em 24 de maio de 1956 :

Nichos de pequena curvatura — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sutura da pele — Dr. João Noel von Sonleithner.

Urografia excretora — Dr. Geraldo de Barros.

Em 14 de junho de 1956 :

Hernia do nucleo pulposo — Prof. Carmo Lordy.

Em 21 de junho de 1956 :

Tumor mixto da parotíde — Dr. Carlos Alberto.

Desenvolvimento da parotíde — Prof. Carmo Lordy.

Em 19 de julho de 1956 :

Intestino primitivo — Prof. Carmo Lordy.

ÍNDICE GERAL DO VOLUME XVII

A

- Acrílico* (lucite). *Pneumonólise extra-periostal* com —, 185.
- Almeida (Alceu Santos de), Bettega (João Luiz), Boscardim Netto (Francisco), Guarinello (Paulo E.) e Beduschi (Amadeu) — *Pneumonólise extra-periostal com acrílico* (lucite) —, 185.
- Antibiótico*. (O uso indevido dos —, 90.
- Archivo Hospitalar* — Rol Pedagógico —, 115.

B

- Banco de Sangue*. Movimento do — durante o ano de 1954 —, 58.
- Beduschi (Amadeu), Bettega (João Luiz), Almeida (Alceu Santos de), Boscardim Netto (Francisco), Guarinello (Paulo E.) — *Pneumonólise extra-periostal com acrílico* (lucite) —, 185.
- Bettega (João Luiz), Almeida (Alceu Santos), Boscardim Netto (Francisco), Guarinello (Paulo E.), Beduschi (Amadeu) — *Pneumonólise extra-periostal com acrílico* (lucite) —, 185.
- Boscardim Netto (Francisco), Bettega (João Luiz), Almeida (Alceu Santos de), Guarinello (Paulo E.), Beduschi (Amadeu) — *Pneumonólise extra-periostal com acrílico* (lucite) —, 185.

C

- Cefaléia histamínica*. Sobre um caso de —, 147.
- Colégio Internacional de Cirurgões* —, 156.

- Concílio (Generoso) — *Conduta diante dos efeitos indesejáveis na terapêutica pelos antibióticos* —, 51.
- Congresso Nacional de Medicina do Peru — *Impressões sobre o II* —, 138.
- Costa (Ferdinando e Fonzari (Homero Novo) — *Observação de um caso de nevoxantoendetelioma* —, 10.

D

- Delascio (Domingos) — *Etiologia das varizes na prenhez* (Aspectos atuais) —, 19.
- Diagnóstico radiológico de lesões gástricas*. O —, 179.
- Divulgação de conhecimentos médicos*. Aspectos da —, 35.
- Dolor*. *La vida simpática del* —, 24.

E

- Esnaurriar (Miguel Lopes) — *La vida simpática del dolor* —, 24.

F

- Faria (José Saldanha) — *Feridas traumáticas das mãos e dos dedos* —, 3.
- Feridas traumáticas das mãos e dos dedos* —, 3.
- Fornari (Homero Novo) e Costa (Ferdinando) — *Observação de um caso de nevoxantoendetelioma* —, 10.

G

- Galli-Mainini. *Notas práticas sobre a reação de* —, 166.
- Guarinello (Paulo E.), Bettega (João Luiz), Almeida (Alceu Santos de),

Boscardim Netto (Francisco), Beneduschi (Amadeu) — *Pneumonólise extraperiostal com acrílico (lucite)* —, 185.

H

Herrera (Luis Delgado) — *Mucocele vesicular* —, 152.

I

Índice geral do volume —, 190.

Intercâmbio Médico (Homenagem ao diretor do Sanatório São Lucas) —, 27.

L

Leite (Aureliano) — *Sóbre São Lucas* —, 67.

Lesões gastricas. O diagnóstico radiológico de —, vgr.

Literatura Médica — Livros e folhetos recebidos —, 15, 48, 61.

Lipomatose simétrica e I Moléstia de Recklinghausen —, 163.

M

Machado (Jorge) — *Colégio Internacional de Cirurgiões* —, 156.

Machado (Waldemar) — *Impressões sobre o II Congresso Nacional de Medicina do Peru* —, 138.

Machado (Waldemar) — *Movimento da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas durante o ano de 1953* —, 57.

Machado (Waldemar) — *Movimento da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas no ano de 1954* —, 110.

Mãos à obra! companheiros —, 119.

Migliano (Luiz) — *Notas práticas sobre a reacção de Galli-Mainini* —, 166.

Moléstia de Recklinghausen. Lipomatose simétrica e I —, 163.

Molica (José) — *Reacções tóxicas durante o tratamento da tuberculose* —, 99.

Movimento da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas no ano de 1954 —, 110.

Mucocele vesicular —, 152.

N

Nevoxantoendelioma. Observação de um caso de —, 10.

P

Pneumonólise extraperiostal com acrílico (lucite) —, 185.

Prémio diferente. — O prémio São Lucas —, 13, 29.

Prémio São Lucas e os prémios da Academia de Medicina — O —, 131.

R

Ribeiro (Eurico Branco) — *Aspectos da divulgação dos conhecimentos médicos* —, 35.

Ribeiro (Eurico Branco) — *Lipomatose simétrica e I Moléstia de Recklinghausen* —, 163.

Ribeiro (Eurico Branco) — *Mãos à obra! companheiros* —, 119.

Ribeiro (Eurico Branco) — *O diagnóstico radiológico de lesões gastricas* —, 179.

Ribeiro (Eurico Branco) — *O Prémio São Lucas e os prémios da Academia de Medicina* —, 131.

Russia (Ademar Albano) — *Movimento do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas durante o ano de 1954* —, 58.

S

Sanatório São Lucas — Movimento de doentes internados em 16 anos —, 112.

Sanatório São Lucas — Movimento da Secção de Maternidade durante o ano de 1953 —, 57.

Sanatório São Lucas. Operações realizadas em 1955 —, 174.

Sanatório São Lucas — operações realizadas no 1.º semestre de 1955 —, 47.

Sanatório São Lucas — Reuniões do Corpo Médico —, 128, 188.

Sanatório São Lucas — Seminário de Patologia —, 60.

São Lucas — Sobre —, 67.

Schroeder (Ernesto) — *Caso de trombopenia familiar e tóxica* (Observações, clínicas e terapêuticas, inclusive da administração de Riboflavina) —, 73, 83.

Sociedade Médica São Lucas — *Comunicações feitas* —, 31, 64, 159.

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa — *Homenagem ao seu fundador* —, 104.

T

Terapêutica pelos antibióticos. *Conduta dos efeitos indesejáveis na* —, 51.

Toledo Filho (Tharcillo de) — *O uso indevido dos antibióticos* —, 90.

Trombopenia familiar e tóxica. *Caso de* —,

(Observações clínicas e terapêuticas, inclusive a administração de Riboflavina) —, 73, 83.

Tuberculose. *Reações tóxicas durante o tratamento da* —, 99.

V

Varizes na *pregnhez. Etiologia das* —, 19.

Vergara (Alberto Carrión), Raborg (César) — *Rol Pedagógico del Archivo Hospitalar* —, 115.

W

Witaker (E. de Aguiar) — *Sobre um caso de cefaleia histamínica — Considerações diagnósticas e terapêuticas* —, 147.



